Beristain (P.)

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO.

SUPERIORIDAD DE LA COLPOPERINEAUXESIS DE AUG. MARTIN

SOBRE LOS DEMÁS TRATAMIENTOS

DE LOS PROLAPSUS GENITALES

TESIS INAUGURAL

que para el examen general de Medicina, Cirujía y Obstetricia
presenta al Jurado Calificador

PORFIRIO BERISTAIN

Alumno de las Escuelas Nacionales Preparatoria y de Medicina de México.
Practicante de número del Hospital "Morelos"
y del Consultorio Ginecológico Gratuito del Profesor Mejía.
Secretario de la Sociedad Filoiátrica &. &.

TACUBAYA, D. F., MÉXICO

IMPRENTA Y FOTOCOLOGRAFÍA DEL "COSMOS"
Costado del Ex-Arzobispado núm. 1

1893.

Sr. Dr.
Dn José M. Bandera
P. te

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO.

SUPERIORIDAD DE LA COLPOPERINEAUXESIS DE AUG. MARTIN

SOBRE LOS DEMÁS TRATAMIENTOS

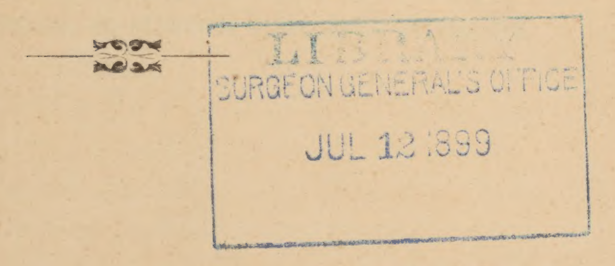
DE LOS PROLAPSUS GENITALES

TESIS INAUGURAL

que para el examen general de Medicina, Cirujía y Obstetricia
presenta al Jurado Calificador

PORFIRIO BERISTAIN

Alumno de las Escuelas Nacionales Preparatoria y de Medicina de México,
Practicante de número del Hospital "Morelos"
y del Consultorio Ginecológico Gratuito del Profesor Mejía,
Secretario de la Sociedad Filoiátrica &. &.



TACUBAYA, D. F., MÉXICO

IMPRENTA Y FOTOCOLOGRAFÍA DEL "COSMOS"
Costado del Ex-Arzobispado núm. 1

1893.

Como recuerdo del cariño res
petuoso que le profesa su
agradecido discípulo y S. S.

Porfirio Beristain

México, Julio 31 de 1893

Cumpliendo con uno de los artículos del Reglamento de esta Escuela, tengo el honor de presentar ante este ilustre jurado, las siguientes páginas. No encierran nada nuevo ciertamente y como el título indica, tienen únicamente por objeto hacer notar las ventajas de este procedimiento operatorio, sobre los demás propuestos hasta hoy para la curación del prolapsus del útero y la vagina, bastante frecuente y que puede utilizarse para el tratamiento de la desgarradura del perineo. Para esto me ha parecido indispensable recordar brevemente los puntos más importantes, de la patología de dicha afección.

El Dr. D. Mejía se ha servido, con la exquisita amabilidad que lo caracteriza, indicarme algunos de los puntos imperfectamente escritos por lo que manifiesto públicamente mi gratitud á él.

Ojalá y encuentren benévola acojida dichas páginas por parte de mi respetable jurado, en atención á los motivos que las han dictado.

Definición é Historia del Prolapsus Genital.

Fácil es dar la definición teórica del prolapsus; se debe entender evidentemente por este nombre el descenso del útero en totalidad. Pero el descubrimiento del alargamiento hipertrófico del cuello ha venido á trastornar profundamente esta parte de la nosografía. En el siglo XVII, Job. ab Mekren descubrió las *falsas caídas* del útero, es decir los alargamientos hipertróficos del cuello y trató de diferenciarlas de las caídas verdaderas, de los prolapsus. Se publicaron algunas raras observaciones de estas falsas caídas y quedaron las cosas así hasta 1860. Entonces fué cuando Huguier presentó á la Academia de Medicina de París su célebre memoria sobre el alargamiento hipertrófico del cuello del útero. En esta memoria demostró que á menudo llega el cuello al nivel de la vulva ó aún la pasa, aunque el cuerpo ocupe su lugar normal, y que existe entonces no un prolapsus del útero, sino un alargamiento hipertrófico del cuello. Estos hechos señalados por Job. ab Mekren, completamente olvidados desde el siglo XVII existen realmente y Huguier ha hecho un gran servicio llamando la atención sobre ellos. Pero fué demasiado lejos: No se encuentra, dice, en casi ninguna obra la prueba irrecusable semeiótica y anatomo-patológica de la existencia de la caída completa del útero. Como se ve Huguier llegó á negarla. Depaul com-

batió vivamente en la Academia esta manera de ver demasiado exclusiva, y en verdad no es dudoso que existen las dos enfermedades con un tipo bien definido: por una parte el prolapsus del útero y por otra el alargamiento hipertrófico del cuello. Pero no siempre tienen este caracter de sencillez. No se ha tardado en observar que el alargamiento del cuello y el prolapsus se combinan á menudo, que hay tal vez entre estas dos alteraciones una relación de causa á efecto, al grado que es imposible hoy separar completamente su estudio. Hay pues tres lesiones anatómicas muy parecidas desde el punto de vista de los síntomas, que son:

1.º El alargamiento hipertrófico del cuello del útero (Job. ab Mekren, Huguier);

2.º Los prolapsus del útero sin alargamiento del cuello;

3.º Los prolapsus complicados de alargamiento del cuello.

No puede disociarse el estudio de estos diversos grupos de hechos.

Etiología y Patogenia.

Hart y el profesor Trélat han asimilado los prolapsus genitales á las hernias en general. Esta asimilación es muy fundada; son desalojamientos cuyo proceso es análogo al de las hernias. Aquí el canal herniario es la vagina. Para que se produzca el desalojamiento se necesitan dos condiciones: la pérdida de resistencia de los medios de fijeza de los órganos y una fuerza que los arroje. Se puede pues decir con el profesor Trélat, (1) que los prolapsus están preparados por una insuficiencia congénita ó adquirida de los medios de fijeza del útero y de la vagina, y provocados por el aumento de la presión abdominal, es decir por el mecanismo del esfuerzo. La insuficiencia de los medios de fijeza puede ser congénita porque se observan algunas veces los prolapsus en multíparas ó aún en vírgenes. Monro, Nonat, Scanzoni, Puech, Munde refieren ejemplos de este género. Ninguno es más notable que el de Puech: "Una joven de 20 años, virgen, hizo un violento esfuerzo para levantar un fardo; sintió un vivo dolor en el vientre bajo, y el útero se presentó á la vulva á través del himen distendido." Pozzi divide los prolapsus desde el punto de vista etiológico, como las hernias en general, en desalojamientos de *fuerza* y desalojamientos de *debilidad*. Produciéndose los primeros á consecuencia de un esfuerzo violento, sea repentinamente sea cuando

(1) Trélat, clin. chir., t. II. p. 621.

una causa predisponente ha por decirlo así, abierto el paso, y los llama prolapsus agudos. Los segundos son consecuencia de perturbaciones sobrevenidas en las relaciones anatómicas de las partes constituyentes del piso pélvico. Cuando la estrecha hendedura de la vagina se dilata y se aflojan las conexiones sólidas que unen las diversas capas de este piso, la hendedura se vuelve un canal ampliamente abierto de pared extensible. Esta flojedad en la conexión de los elementos del piso pélvico, tan íntima durante la juventud se produce con más frecuencia á consecuencia del *parto*. Hé aquí porque la mayoría de los descensos y de los prolapsus se producen por el trabajo del parto. Es muy raro que la procidencia de las paredes del tractus genital sea resultado de afecciones *lejanas* ó de neoplasmas.

La distensión considerable ó las desgarraduras superficiales ó profundas del perineo y vagina durante el parto; el hinchamiento enorme de las paredes vaginales; el aumento de tamaño y de peso del útero; las perturbaciones del aparato de oclusión de la vagina toman una parte en la creación de la enfermedad. Pero son sobre todo los fenómenos que acompañan la involución puerperal los que desempeñan un gran papel y principalmente la reapsorción rápida de las masas de tejido adiposo desarrolladas entre las diferentes capas del piso pélvico. Sean causas de este fenómeno, ya la involución misma de los órganos genitales; ya una afección grave (las más veces séptica) consecutiva al parto, ó aún la falta de alimentación conveniente durante el período puerperal; hay un hecho cierto: y es, que vemos á veces desaparecer la grasa en estos lugares. Si se tiene oportunidad de practicar alguna operación en esta región, por ejemplo, seccionar el conducto genital, se encuentra uno en espacios de mallas anchas y vacías. La involución del piso pélvico, ya muy distendido por el trabajo, es impedido aún por la acción prematura de la presión abdominal inevitable en las

mujeres que carecen de cuidados, y que están obligadas no solamente á ocuparse de su hijo, sino del sostén de los otros miembros de su familia.

A veces la constitución robusta de la parida resiste durante algún tiempo á esta influencia nociva y únicamente después de embarazos repetidos y de un agotamiento de toda la economía por las privaciones, el trabajo, ó enfermedades intercurrentes, aparece completo el cortejo de accidentes.

Las otras alteraciones anatómicas que favorecen el desarrollo de la enfermedad que nos ocupa, son las anomalías de forma y de situación del útero, las retroflexiones y retroversiones, la hipertrofia del cuello y del cuerpo, en las cuales se aumenta el eje longitudinal del útero ya aumentado de volumen; y este órgano caee en la vagina produciendo la inversión del conducto. La pérdida de tonicidad de las paredes abdominales, las modificaciones que sufre el organismo en la época de la menopausa, y que consisten en la reapsorción del tejido grasoso y atrofia del aparato genital, favorecen igualmente el prolapsus de los órganos sexuales.

En fin conviene indicar como causas de procidencia incompleta los neoplasmas y sobre todo los quistes de la vagina.— En multitud de casos el factor etiológico pasa inadvertido muy especialmente en las vírgenes, y aunque en algunos de estos casos podríamos invocar el onanismo, hay otros en que la causa predisponente permanece desconocida.

Anatomía patológica.

Teóricamente se pueden distinguir tres grados de prolapsus: en el 1.º que se llama *simple descenso,* el cuello, situado todavía en la vagina no es visible en la vulva; en el 2.º grado, *semi prolapsus,* el cuello aparece en la vulva; en el 3.er grado, *prolapsus completo,* caída ó *precipitación,* el útero entero ha atravesado la vulva arrastrando á su paso la vagina invertida.

Estudiemos la anatomía patológica de este último grado. Nos será fácil, en seguida, imaginarnos las lesiones de los dos primeros grados. Se ve colgar entre los muslos de la enferma un tumor voluminoso, cónico, cuya extremidad superior, más ancha, se continúa sin interrupción con la vulva. Sobre su extremidad inferior, inclinada á veces adelante, á veces atrás, se ve el orificio externo del útero. El cuello no forma saliente aislada, se continúa sin transición apreciable con la vagina invertida; la que se conoce por sus pliegues transversos. En los casos antiguos su epitelio está modificado y la mucosa presenta el aspecto de la piel. No es raro que presente ulceraciones. Si existía una desgarradura antes del prolapsus, el cuello se abre ampliamente, se hace un ectropión considerable y á veces la mucosa endocervical misma reviste el mismo aspecto cutaneo que hemos mencionado. En la pared anterior se encuentra la parte inferior de la vejiga que conserva sus relaciones

con el cuello del útero. En la parte superior de esta pared se ve el orificio de la uretra, que mira hacia arriba.

Por detrás, es muy raro que el recto siga á la vagina. El peritoneo desciende hasta la parte más declive del tumor, formando un profundo fondo-de-saco, en el que pueden introducirse las asas intestinales; aunque esto es muy raro. Cuando el recto sigue á la vagina, forma un divertículo en el que pueden estancarse las materias fecales. A veces el recto sale por el ano y existe al mismo tiempo que prolapsus útero vaginal, prolapsus rectal. En medio del tumor se encuentra, rodeado de peritoneo, el útero que habitualmente está en retroversoflexión.

Cuando se hace la autopsía de una mujer atacada de prolapsus completo, después de haber abierto el abdómen, se encuentra, entre la pared superior de la vagina que está en contacto con la sinfisis y el recto que rara vez se desaloja, un enorme embudo en que se hunde el peritoneo. Si se sigue el peritoneo en un corte vertical antero posterior de la pelvis, se le ve tapisar la vejiga reflejarse sobre el tabique vésico-uterino, envolver el borde superior del útero, descender sobre su cara posterior hasta el punto más declive del tumor, y subir sobre la pared posterior de la vagina invertida, para tapisar la cara anterior del recto, quien tiene en estos casos relaciones más extensas con el peritoneo que en el estado normal. Sobre las partes laterales del embudo se encuentran las trompas y los ovarios más ó menos bajos, y los ligamentos anchos muy tensos.

Véamos como suceden las cosas cuando existe una hipertrofia del cuello.

Shroeder divide teóricamente el cuello en tres segmentos para explicar disposiciones bastante complicadas. El segmento inferior limitado hacia arriba por una línea transversal que pasa por el fondo de saco anterior; es la parte sub-vaginal; el segmento medio está limitado hacia abajo por la línea prece-

dente. hacia arriba por otra línea que pasa por el fondo de saco posterior, siempre más alto que el anterior; este segmento es pues supra-vaginal adelante, sub-vaginal atrás; el último segmento, el más alto es completamente supra-vaginal.

Si únicamente se hipertrofia el segmento inferior ó sub-vaginal, nada acontece en la vagina. Si el cuello se alarga bastante puede asomarse en la vulva y aún estar fuera de ella. El cuello procide á consecuencia de su desarrollo exagerado; pero el cuerpo del útero y la vagina quedan en su lugar. A veces la hipertrofia no es regular, el labio anterior se desarrolla más que el posterior; el conjunto del cuello toma el aspecto del hocico de un tapiro, de donde el nombre de hipertrofia tapiroide. Rara vez existen estos hechos al estado de pureza. Mas á menudo el alargamiento se complica de inversión de los fondos de saco vaginales; en suma hay combinación del alargamiento del cuello y de cierto grado de prolapsus.

Supongamos ahora que solamente se hipertrofia el segmento intermediario; el resultado será diferente. Siendo supra-vaginal este segmento del cuello hacia adelante, arrastra consigo la vagina y la vejiga con las cuales está en conexión estrecha; miéntras que hacia atrás como es sub-vaginal, y no tiene conexión alguna con los órganos cercanos, queda en su lugar.

En fin, si solamente se desarrolla el segmento superior, el conjunto del tumor tendrá absolutamente el mismo aspecto que en el prolapsus completo descrito precedentemente, con esta enorme diferencia sin embargo que el fondo del útero estará poco ó nada caído.

Repito que éstos alargamientos hipertróficos existen rara vez al estado aislado. Habitualmente están ligados á cierto grado de prolapsus real es decir de caída del cuerpo del útero.

La patogenia de estos alargamientos hipertróficos está rodeada todavía de una profunda obscuridad. Se pueden resumir

así las hipótesis que se han hecho á este respecto. Unos atribuyen á los alargamientos un orígen puramente mecánico; serían debidos á las tracciones ejercidas por la vagina. Pero esta patogenia del alargamiento no se podría aplicar al segmento inferior, sub-vaginal, que no puede evidentemente estar sometido á ninguna especie de tracción.

Para otros, el alargamiento se relaciona aún con el prolapsus, pero de una manera indirecta. Las perturbaciones circulatorias producidas por el desalojamiento, traerían modificaciones nutritivas en el órgano. En fin, algunos atribuyen el alargamiento únicamente á fenómenos inflamatorios, es decir á la metritis, y lejos de considerarla como el efecto del prolapsus la consideran como causa.

Señalaremos para terminar, algunas de las complicaciones del prolapsus. Las paredes vaginales invertidas se encuentran engrosadas, como edematosas; adquieren á veces un espesor muy considerable: como ya he dicho la vagina y á veces la mucosa del cuello en ectropión sufren una verdadera cutisación. No son raras las ulceraciones del tumor expuesto á toda clase de frotamientos. En cambio los tumores malignos son excepcionales. Se ha sostenido aún que había una especie de antagonismo entre el prolapsus y el cáncer, sin embargo Mayer, Kaltembach, A. Martin han observado cánceres desarrollados en úteros caídos.

Felizmente es raro que contraigan adherencias las hojas peritoneales puestas en contacto; cuando se forman hacen irreductible el prolapsus.

Algunas veces se observan complicaciones por parte de la vejiga. La evacuación incompleta de la orina favorece su infección y sobrevienen fenómenos de cistitis. Otras, se forman cálculos que se sitúan en la parte inferior de la vejiga, órgano que está completamente declive.

Síntomas y diagnóstico.

El prolapsus uterino se desarrolla á veces de una manera brusca, á veces de una manera lenta y completamente insidiosa. Trélat ha demostrado que el principio brusco es más frecuente de lo que se cree; pero en clínica no se dá el nombre de prolapsus agudos mas que á aquellos que llegan desde el principio al tercer grado, ó cuando menos al segundo, y se acompañan de síntomas graves.

El prolapsus agudo se produce ya en el período puerperal ya fuera de él. Martin señala un caso acontecido, á consecuencia de un esfuerzo de defecación. El accidente se anunció por un dolor horrible seguido de colapsus inmediato. El autor observó la procidencia del útero y la presencia de un gran derrame intraligamentoso. El prolapsus se redujo, reabsorviéndose el derrame, pero desde que la enferma pudo levantarse el desalojamiento, se reprodujo.

El prolapsus agudo puede producirse fuera del estado puerperal y aún en vírgenes. Sobreviene en el momento de un violento esfuerzo; los signos consisten en: un dolor intenso, á veces sincopal, vómitos, después fenómenos de retención de orina y algunas veces de peritonitis.

En general el prolapsus sobreviene de una manera lenta y crónica. En los primeros grados se manifiesta por sensación de pesadez en el perineo, de plenitud del recto y algunos tras-

tornos de la micción. Algunas veces retención de orina, cuando el cuello hipertrofiado se apoya contra la sínfisis. Más tarde tienen las enfermas una sensación muy penosa de vacuidad abdominal: les parece que todas sus vísceras van á caer. Cualquier esfuerzo se hace difícil: aún la estación de pié se hace algunas veces imposible. La defecación y la micción son penosas: las pacientes están obligadas á inclinarse adelante para orinar: hay quienes adquieren la costumbre de comprimir el tumor para evacuar la orina que se aloja en la cavidad que forma el tumor. Todas estas sensaciones penosas desaparecen durante el decúbito dorsal: suele aún reducirse el prolapsus en esta actitud.

Por otra parte, las perturbaciones debidas al prolapsus son infinitamente variables. Se ven mujeres que con un prolapsus completo no experimentan otro estorbo que el debido á la presencia de un tumor voluminoso entre los muslos: otras al contrario, con un prolapsus poco acentuado, sufren dolores muy vivos. Además de las dificultades de la micción y de la defecación, se quejan de dolores neurálgicos, de perturbaciones simpáticas lejanas, de sensación de decaimiento de las fuerzas muy penosa, de una especie de astenia que las hace incapaces del menor esfuerzo. Todos estos síntomas se agravan habitualmente en el momento de las reglas.

Cuando es reductible el prolapsus, aún completo, no impide la concepción. Al principio del embarazo, el útero sale y entra como antes, según la posición de la enferma. Después, en un momento dado, su volumen le impide salir, se desarrolla en la pelvis arrastrando, á medida que crece, la vagina caída, de tal manera, que durante el embarazo, estas enfermas experimentan un alivio notable. Pero después del parto el prolapsus se reproduce casi siempre.

Los signos físicos del prolapsus son muy claros y basta re-

ferirse á la anatomía patológica para comprenderlos. El examen bimanual permite notar la situación del cuerpo del útero, la del cuello y la de los fondos de saco vaginales. Con una sonda larga un poco curva es fácil darse cuenta del grado de cistócele. Por el tacto rectal se puede averiguar, si la pared del recto ha seguido el desalojamiento de la vagina. La palpación del tumor, cuando el prolapsus es completo, permite sentir la forma y el volumen del útero, y reconocer si alguna asa intestinal se ha introducido en los fondos de saco peritoneales de dicho tumor, donde su presencia se revelaría por la sonoridad.

Los elementos más importantes del diagnóstico son suministrados por el histerómetro, que permite apreciar las dimensiones del útero, y distinguir lo que pertenece al alargamiento y lo que pertenece al prolapsus.

Es conveniente no descuidar la averiguación de si el prolapsus es reductible y de si existe alguna complicación. (Fibromiomas del útero, adherencias peritoneales etc).

Tratamiento.

Algunos autores sostienen que se pueden curar los prolapsus con la gimnasia y ejercicios de los músculos de la pelvis; para mí es indudable que tal medio de tratamiento sólo puede dar buenos resultados al principio de la afección, y para casos que no hayan pasado del primer grado. Los pesarios, y sobre todo los vaginales no son más útiles; la principal razón de su insuficiencia es que justamente en los casos de prolapsus el perineo y la vulva son casi siempre insuficientes. Es evidente que en los casos de alargamiento hipertrófico considerable del cuello no hay que hablar de pesario. En los prolapsus recientes, sin hipertrofia Schultze emplea sus pesarios, sea los que tienen la forma de 8, sea los que afectan la de un rastrillo; y dice que las personas jóvenes pueden obtener con estos instrumentos una curación definitiva. Pueden utilizarse igualmente los pesarios de aire de Gariel, ó los de caucho de Breisky.

Hay otra clase de aparatos ortopédicos que se componen de dos partes: un tallo intravaginal y un cinturón abdominal sobre el cual se apoya el tallo por intermedio de una pieza. A estos instrumentos conviene reservar el nombre de histeróforos. Estos son intolerables á las enfermas.

Martin declara: "que todos los pesarios lejos de mantener el órgano y de apresurar la curación no hacen más que predisponer á un desarrollo más acentuado del prolapsus." Sin ir tan

lejos, es preciso reconocer que los pesarios rara vez alivian á las enfermas: no solamente no producen curación definitiva, sino que no impiden que la lesión se agrave. Es preciso pues, considerarlos como pobres paliativos, aceptables únicamente cuando está contraindicada la intervención quirúrgica por una razón cualquiera.

Muchas son las operaciones que succesivamente se han propuesto para aliviar la situación de las enfermas víctimas del prolapsus uterino. Las indicaré ligeramente antes de exponer la que me parece debe ser aceptada, por las razones que oportunamente mostraré.

La *episiorrafia*, propuesta primero por Fricke, consiste en avivar la cara interna de los dos grandes labios y suturar estas dos superficies avivadas. Este procedimiento no da resultados duraderos: la mucosa vaginal y el útero vencen á la larga, el obstáculo que se les ha puesto. Una razón más para desechar este procedimiento es, que solamente puede ser aplicable en personas de edad avanzada y cuando el flujo menstrual ha desaparecido, pues es evidente que obturándose el orificio vaginal se retendría dicho escurrimiento.

La *colporrafia* ó *elitrorrafia*, elogiada primero por M. Hall, consiste en cortar colgajos más ó menos extensos de la mucosa vaginal, y en suturar en seguida los bordes de las superficies avivadas, con objeto de estrechar el diámetro de la vagina. La sección se hace con más frecuencia en las paredes anterior y posterior que son habitualmente las más flojas.

Al ocuparme de la colpoperineauxesis describiré la colporrafía anterior. La colporrafia posterior se practica rara vez aisladamente. Empleadas por sí solas no se logra impedir el prolapsus.

La colporrafia media no tiene por objeto estrechar el diámetro del canal vaginal, sino provocar la soldadura de la pared

anterior con la pared posterior de la vagina, y oponerse así al prolapsus. Propuesta por Girardin y adoptada después por Spiegelberg y Lefort, esta operación ha sido muy elogiada por Neugebauer. Consiste en avivar en la mitad de las paredes anterior y posterior de la vagina, superficies alargadas y en reunirlas después por suturas profundas.

Esta colporrafia media obra á la manera de un vendaje en T representado por el puente establecido entre las paredes anterior y posterior de la vagina. Martin dice: que las dos observaciones que posee lo convencen una vez más de la justicia del reproche que le hace á esta operación; y en efecto, crea una deformidad para la paciente que pierde hasta cierto punto su aptitud para la cohabitación, por más que Neugebauer diga que ha visto casos de embarazo después del empleo de su procedimiento y pretenda aún que el trabajo del parto ha sido facil.

Por esta colporrafia media se reunen partes que fisiológicamente deben ser extrañas una á otra. Se violenta pues, á la naturaleza: y por consiguiente si hay métodos que dejen intactas las relaciones naturales, debemos darles la preferencia.

Simon ha inaugurado otro procedimiento: su objeto era suprimir los rodetes hipertróficos, de la pared vaginal anterior sobre todo, y crear, por el avivamiento de la pared posterior, una especie de pedestal destinado á sostener el útero y la pared anterior de la vagina. El procedimiento en cuestión procura pues, al mismo tiempo, la reducción del calibre del conducto vaginal, y la formación de un sostén para el útero y los otros órganos caídos. La superficie de avivamiento está situada en las paredes posterior y laterales de la vagina; la línea de ascenso á lo largo de estas últimas es bastante rápida: los bordes de la superficie avivada reunidos por puntos de sutura muy próximos, forman en la pared vaginal posterior una cresta, que constituye además de un excelente sostén para la ma-

triz y la bóveda vaginal, un poderoso obstáculo al prolapsus anterior de la vagina.

Lossen ha modificado un poco el procedimiento de Simon, dando más extensión á la parte inferior de los bordes laterales de la superficie de avivamiento.

Simon dice haber obtenido muchos éxitos: pero su procedimiento en manos de sus imitadores no ha surtido: y aún en aquellos casos en que se había verificado la reunión, se produjo una retracción cicatricial tan exagerada, que la barrera puesta perdía bien pronto su eficacia, por lo menos en los casos en que el útero retrovertido ó retrodoblado, se deslizaba á lo largo de la pared vaginal anterior, y se insinuaba en el estrecho que quedaba libre.

Hegar procura ante todo curar la procidencia del útero por la restauración de un piso pélvico resistente. Comienza por quitar los rodetes laterales y anterior, y trata de transformar la pared posterior, no formándole un pedestal destinado á soportar el útero, sino volviéndole su tonicidad al piso pélvico, por el desalojamiento hacia la línea media de toda la masa que constituye este piso, y dando á la cicatriz una solidez tal, que pueda servir, en alguna manera, de punto de apoyo á la matriz, é impedirle salir. Con este objeto, corta en las paredes posterior y laterales de la vagina un triángulo cuyo vértice se encuentra al nivel del cuello, y cuyos lados corren sobre la pared posterior, hasta cerca de la mitad del canal: allí pasan á las paredes laterales y se continuan hasta el orificio exterior: se afrontan en seguida los labios de esta superficie avivada con sólidas y muy numerosas suturas que producen, después de la reunión, una cicatriz muy resistente que tiende el piso de la pelvis é impide la *protrusión* del útero. Por desgracia tanto en este procedimiento, como en el anterior se produce una tensión muy fuerte de los labios de la herida, sobre todo en la en-

trada de la vagina, lo que hace que muy á menudo fracase la reunión. Este inconveniente no desaparece ni con las modificaciones de Fritsh, ni con la de Hofmeier por ser una sola la superficie de avivamiento.

Antes de describir el procedimiento que á mi modo de ver debe ser aceptado, haré una rápida mención del ideado por el Dr. Fenelón y defendido vivamente por el Dr. Malanco.

En la sesión de 2 de Diciembre del año de 1885, leyó el Dr. Malanco en la Academia de Medicina de México una Memoria que tituló "La suspensión uterina" y en la cual dicho Señor cree demostrar 1.º que "La suspensión uterina quirúrgica es una fidelísima imitación de la suspensión uterina fisiológica: en aquella los cordones cicatrizales como en esta los ligamentos propios sostienen la entraña gestadora eficazmente."

"2.º La suspensión uterina no quita á los órganos genitales de la mujer ninguna de sus aptitudes fisiológicas."

"3.º La suspensión uterina remedia males y achaques de altísima significación en la mujer"

y "4º. La suspensión uterina es una operación de poca ó ninguna gravedad cuando se ejecuta debidamente." En resúmen, propone esta operación como medio curativo de los prolapsus uterinos.

Para dar las razones porque á mi juicio no debe darse la preferencia á tal procedimiento, bosquejaré antes su manual operatorio, sin detenerme en los pequeños detalles de ejecución: únicamente consideraré la base en que se apoya la operación. Consiste en formar con el tejido cicatricial de una quemadura cordones que, insertados en la piel del vientre por una parte y en el tejido circunlabial uterino por otra, mantengan la matriz en posición debida. Para conseguirlo se comienza por reducir la matriz hasta su sitio y se sondea la vejiga; se lleva el índice izquierdo hasta el fondo de saco lateral de la vagina resba-

lando detrás del pubis hacia el monte de Venus; se deprime la pared del vientre con el índice derecho llevándolo al encuentro del izquierdo persuadiéndose de que todos los órganos vecinos están aislados; de ser el sitio preferido y del espesor de partes blandas entre los dedos pellizcadas. Se desliza después por la vagina, y guiado por el dedo que se tiene introducido, el trócar de Fray Cosme hasta el punto en que se afrontan los índices; se introduce hasta que salga un centímetro á flor de la piel del vientre; se retira el trócar y en seguida, y pausadamente la cánula, miéntras por la extremidad de ésta, del lado del vientre, y en su seguimiento se introduce incandescente un cuchillo del termo-cauterio de grueso apropiado; después de breves instantes se retira el cuchillo y se vacía colodión antiséptico en la herida; un pesario Gariel conserva la matriz en su lugar miéntras se cicatriza la quemadura.

No he querido indicar, de intento, las modificaciones que ulteriormente hizo á su procedimiento el Sr. Malanco, empleando unos instrumentos de su invención, porque tienen poca influencia sobre el resultado de la operación.

La suspensión uterina creo que debe tener muy poca aplicación, pues hemos visto que entre las causas más comunes de caída de la matriz debemos contar los alargamientos hipertróficos del cuello y la reapsorción del tejido celular del piso pélvico, y es evidente que sobre estas dos lesiones no tiene ninguna influencia dicha suspensión.

Por otra parte, no está completamente exenta de peligros: la proximidad de la vejiga y del peritoneo hace temer su lesión, como ya ha acontecido, y bien conocida es la gravedad de estos accidentes.

La incertidumbre y eficacia dudosa de los resultados que se obtienen con los métodos de Bischoff, Fritsh, Hegar, Simon, Neugebauer etc. para el tratamiento del prolapsus de los ór-

ganos sexuales, condujeron á Martin á optar por un camino algo diferente. Siguiendo la opinión de la mayor parte de los ginecólogos, no se contenta con disminuir únicamente ciertas partes de la masa caída. La restauración del aparato de cerradura, ó la restitución de su rigidez al piso pélvico, son insuficientes. El objeto debe ser volver al estado normal y en tanto que sea posible en una sola sesión todas las alteraciones que se hayan producido. Cierto es que en algunas ocasiones el hinchamiento hipertrófico del útero desaparece cuando éste ha sido repuesto y mantenido en su debida situación; pero no se debe dejar nada al azar, y es sumamente importante, sobre todo al principio de la convalescencia, no hacer soportar á la reciente cicatriz un peso muy grande. *Así, en los casos en que el útero no está absolutamente normal se favorece su regresión por la amputación del cuello:* es el primer acto de la operación del prolapsus de Martin. En seguida si la consistencia y la posición de *la pared* anterior de la vejiga, ofrecen algo de anormal, se *aviva* para desembarazarla de sus rodetes hipertróficos, y darle la fuerza necesaria para sostener la vejiga y resistir á la presión abdominal. Entonces únicamente, y siempre en la misma sesión se procede á la *restauración* de la pared posterior.

Por consiguiente la operación consiste:

1.º En una intervención en el útero.

2.º En la colporrafia anterior.

3.º En la colporrafia posterior.

Después de evacuación previa del recto y desinfección general, la enferma es anestesiada en el decúbito dorsal: las piernas mantenidas por dos ayudantes, ó mejor mantenidas en las muletas, para que estén prestos á sostener los instrumentos necesarios para poner á descubierto el campo operatorio.

Una vez amputado el cuello, se procede á la *colporrafia*

anterior; se atrae el útero con los hilos, aún no cortados, que han servido para la sección cervical, y se tiende así la pared anterior de la vagina: ó bien para obtener esta tensión, se coje el fondo de saco anterior con una pinza de dientes: esto depende del caso particular. Se fija dicha pared, con pinzas igualmente colocadas, una abajo del rodete uretral, otra de cada lado, al nivel del pliegue que marca la transición entre la pared anterior y la pared lateral. La tracción sobre estos instrumentos tiende fuertemente el campo operatorio. Se corta entonces un colgajo ovoide cuyo vértice se encuentra inmediatamente abajo del orificio de la uretra, é interesa sobre una extensión, más ó menos considerable, la pared anterior de la vagina. Antes que todo, se quitan los rodetes que se encuentran tan á menudo cerca del meato urinario. Para el desprendimiento del colgajo se sirve uno del cuchillo de *Mme.* Horn, y de una especie de rastrillo al rededor del cual se enrolla poco á poco dicho colgajo: se cortan las desigualdades y aristas que hubieren quedado con unas tijeras.

Cuando la superficie sangrante está igual por todas partes se procede á la ejecución de las suturas. Después del afrontamiento lineal de la herida de la mucosa, se reduce el útero y la pared vaginal anterior. Durante esta maniobra es menester tener cuidado de dar al primero una situación que se parezca lo más posible á la normal, y cuando hay obstáculos se puede uno servir de la sonda para asegurar la rectitud de este órgano.

Después de esto se llega al tercer tiempo de la operación, la *colporrafia posterior.*

El procedimiento de Martin se apoya íntimamente sobre las condiciones fisiológicas del canal vaginal. Recordemos desde luego, que vista la configuración particular en H del *lumen vaginæ,* las masas de tejido más resistentes, deben buscarse en

las paredes anterior y posterior de la vagina. Las paredes laterales son restos de las canales de Müller. La fusión de estos canales sobre la línea media, cría adelante y atrás los tejidos tan ricos en tractus fibrosas, que en la vida extrauterina vemos y sentimos tanto tiempo en la *columna rugarum ant.*, y en la *columna rugarum post.*, hasta que sus pliegues se borran bajo la influencia de la cohabitación y de los partos. Pero aún cuando se hayan borrado estos pliegues de la mucosa vaginal, podemos demostrar en un corte la existencia de estos elementos fibrosos. Así, en la confección sobre la pared posterior de la superficie de avivamiento, debemos procurar no suprimir estos elementos como lo hacen Simon y Hegar; tampoco se debe desprender el colgajo según el procedimiento de Bischoff. *Se conservará al contrario, la región en que abunda el tejido fibroso, para hacerla servir de sostén á la nueva pared posterior de la vagina; haciendo las insiciones sobre las partes laterales y quitando la mucosa á partir de allí, hasta la mitad de la altura de las paredes laterales.*

Una vez estrechada la vagina por este procedimiento, y obtenida la tensión conveniente del piso pélvico hacia la línea media, gracias á la doble superficie de avivamiento, se procede al tiempo final de la operación: es decir, al refuerzo y agrandamiento del perineo.

Este procedimiento de colporrafia posterior presenta por consiguiente dos tiempos operatorios distintos: La elitrorrafia bilateral y la perineauxesis. Para ejecutarlo, Martin coje con ayuda de dos pinzas tira-balas, la pared posterior de la vagina, inmediatamente abajo del fondo de saco, y la tiende fuertemente; la columna vaginal aparece entonces como un repliegue saliente, á lo largo del cual se hace con el bisturí una insición de cada lado; después se trazan y disecan dos pequeños colgajos laterales que llegan á dos centímetros arriba de la horqui-

lla; en la base de estos colgajos, lo mismo que en el vértice, se colocan pinzas tira–balas para ayudar á la tensión del campo operatorio; las dos heridas se reunen por una sutura continua de planos superpuestos. Se quitan las pinzas y queda terminada la primera parte de la operación la *doble elitrorrafia lateral*. Se pasa entonces á la segunda parte ó perineauxesis. Se hace una insición transversal un poco arriba de la horquilla, que interese la columna y se levante de cada lado hasta la mitad de la altura del anillo vaginal; de la extremidad de esta insición, se hace partir otra concéntrica que se separa de la anterior en ángulo agudo, para pasar en la base de los pequeños labios y reunir las insiciones verticales de la elitrorrafia. De este modo se obtiene un colgajo transversal, que en el estado de reposo, tiene la forma de media luna de concavidad superior; y que toma el aspecto de un rombo, cuando se tira sobre sus extremidades. Este colgajo se diseca, y la herida se reune con la sutura de planos superpuestos hecha con catgut.

El tratamiento consecutivo es la espectación, hasta donde es posible. Deberán permanecer en cama las mujeres, durante tres semanas en el decúbito dorsal, ligados uno á otro los miembros inferiores; para satisfacer sus necesidades usarán bandolones; y si se dificulta la micción, una mano ejercitada practicará el cateterismo con el mayor cuidado. A partir del cuarto día se ayudará la defecación con aceite de ricino. No se deben hacer irrigaciones vaginales: basta lavar la región vulvar después de cada emisión de orina, teniendo la precausión de no separar mucho los muslos. A partir del vigésimo día podrá sentarse la enferma y después del vigésimo primero ó vigésimo segundo levantarse. En general las pacientes resienten algunos días su larga permanencia en la cama; pero se restablecen muy pronto, gracias á la libertad de movimientos que les ha reconquistado la desaparición de su enfermedad. La irriga-

ción continua que acompaña todos los tiempos de la operación. explica la extrema rareza de los accidentes sépticos. Por lo común las enfermas recobran todos sus movimientos, después de dos meses de la operación. Es bueno recomendarles, sin embargo, abstenerse completamente de todo comercio sexual. y de todo trabajo penoso, durante algún tiempo. Después del primer mes, pueden las enfermas mismas continuar las irrigaciones vaginales, naturalmente con mucha prudencia, empleando agua adicionada de ácido piroleñoso rectificado, ó de algún antiséptico inofensivo (naftol B ó naftol alcanforado).

PORFIRIO BERISTAIN.

EXPLICACIÓN DE LAS FIGURAS.

Fig. 1.ª—Prolapsus anterior y posterior de la vagina. Prolapsus del cuello uterino.
v. Pared vaginal anterior.
h. Pared vaginal posterior.
L. Hosico de tenca.
c. Mucosa cervical.

Fig. 2.ª– Prolapsus de la vagina y del útero alargado (uteri elongati).

Fig. 3.ª—Prolapsus de un útero retrovertido (Spiegelberg. Arch. F. Gyn. XIII, p. 271).

Fig. 4.ª—Avivamiento, según *Neugebauer*.

Fig. 5.ª—Superficie de avivamiento en la colporrafia posterior, según el procedimiento de A. Martin.
1–2. Sección de la columna vaginal posterior.
3–4. ,, sobre la pared lateral de la vagina.
I. Extremidad del avivamiento al nivel del introitus.
A–A, B–B, a–a, b–b, c–c, d–d, etc. indican los puntos de sutura.

Fig. 6.ª—Primer tiempo de la colporrafia, según el procedimiento de Martin. Elitrorrafia.
a. Colgajo.

Fig. 7.ª—Segundo tiempo de la operación del prolapsus de Martin. Perineauxesis.
aa. Elitrorrafia bilateral.
b. Extremidad superior del hilo.
c. Extremidad inferior del hilo.

Fig. 8.ª—Colporrafia, según el procedimiento de Martin, visto de perfil.
Suturas interrumpidas. A–B: elitrorrafia. D–F y C–E–F: perineauxesis.



Fig. 1.[a]



Fig. 2.[a]

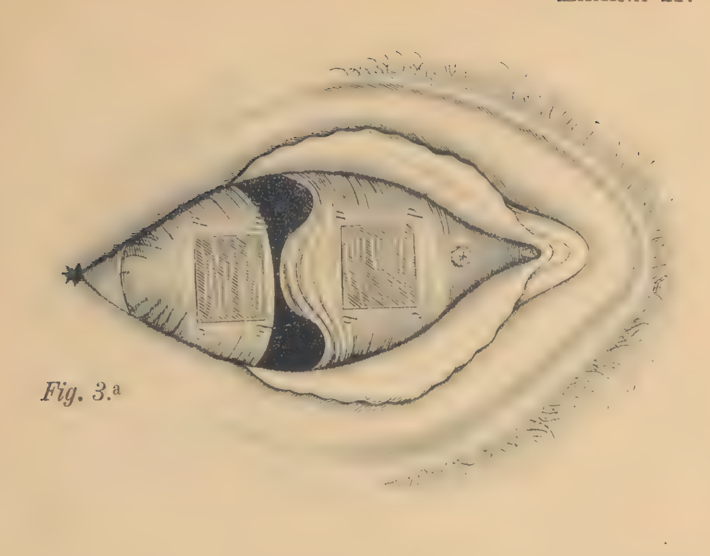


Fig. 3.ª



Fig. 4.ª

LÁMINA III.

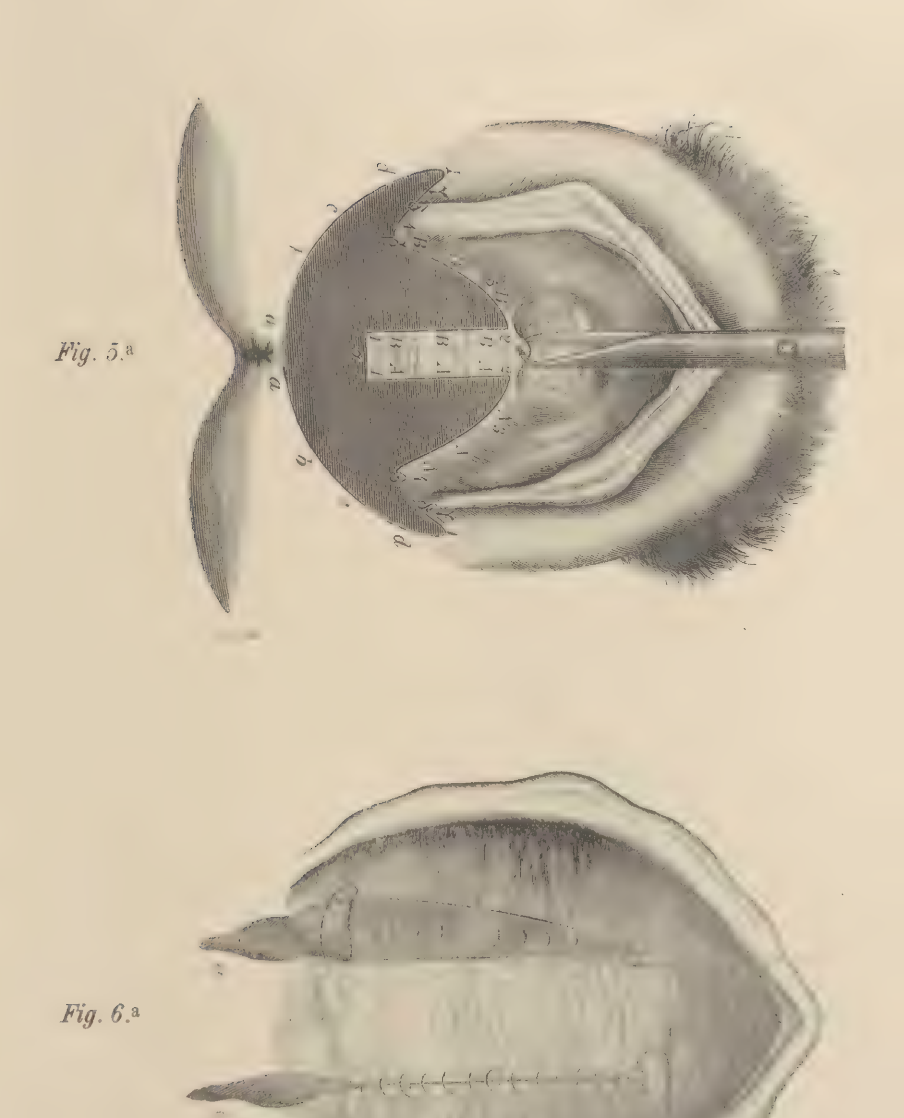


Fig. 5.ª

Fig. 6.ª

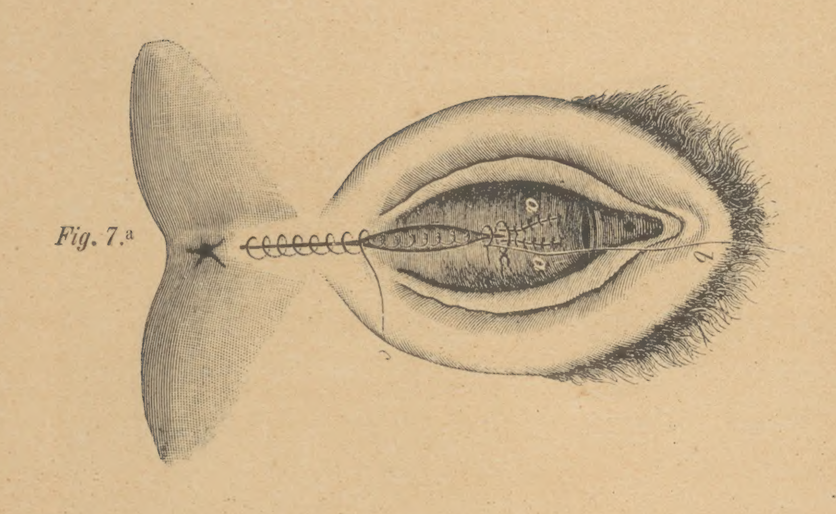


*Fig. 7.*ª

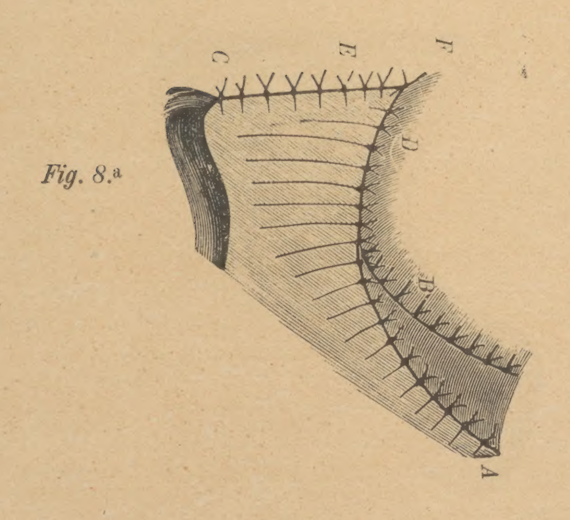


*Fig. 8.*ª